

**Alico Italia S.p.A.**

Sede Legale e Direzione Generale

Viale Castro Pretorio, 124

00185 Roma

Tel.: +39 06 492161

Fax: +39 06 49216300

**MODULO DENUNCIA SINISTRO - CASO RICOVERO OSPEDALIERO (RO)****(compilazione a cura del denunciante - Assicurato o erede dell'Assicurato)****DATI RELATIVI ALLA POLIZZA ASSICURATIVA (informazioni indispensabili per l'apertura della pratica)**

Società con cui è stato sottoscritto il contratto di mutuo, finanziamento o carta: \_\_\_\_\_

CONVENZIONE N° CL/ / / \_\_\_\_\_ CONTRATTO ASSICURATO N° \_\_\_\_\_**DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO**

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA (giorno/mese/anno):      SESSO: M  F  COD. FISC.:                INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ CAP:     

COMUNE: \_\_\_\_\_ PROV: \_\_\_\_\_

Indicare se il ricovero ospedaliero è dovuto a: malattia  infortunio  aggressione 

Indicare la struttura ospedaliera del ricovero ed il relativo indirizzo:

Struttura \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Indicare data e ora di entrata nella struttura ospedaliera: data       ora   Indicare data e ora di dimissione previste (*se il ricovero non si è ancora concluso*): data       ora   Indicare data e ora di dimissione effettive (*se il ricovero si è già concluso*): data       ora   

Descrizione dell'intervento/terapia subiti o ancora da subire: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicare eventuali precedenti periodi di ricovero dovuto alla stessa causa:

Struttura: \_\_\_\_\_ dal       al      Struttura: \_\_\_\_\_ dal       al      Struttura: \_\_\_\_\_ dal       al      **CASO MALATTIA (da compilare se il ricovero ospedaliero è dovuto a malattia)**

Natura della malattia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Manifestazione della malattia e genere dei disturbi sofferti: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicare da quando si soffre di questi disturbi (mese/anno):    Si ha già sofferto in passato della stessa malattia? SI  NO  Se SI, da quando? (mese/anno)

**CASO INFORTUNIO (da compilare se il ricovero ospedaliero è dovuto ad infortunio)**Indicare data e luogo dell'infortunio: data  Luogo \_\_\_\_\_Descrizione dell'infortunio e delle conseguenze che hanno necessitato il ricovero ospedaliero: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Genere delle lesioni subite: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicare l'eventuale Autorità intervenuta (Carabinieri, Polizia, Vigili del Fuoco...) e relativo indirizzo:

Autorità \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**CASO AGGRESSIONE (da compilare se il ricovero ospedaliero è dovuto ad aggressione)**Indicare data e luogo dell'aggressione: data  Luogo \_\_\_\_\_Descrizione dell'aggressione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Genere delle lesioni subite: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicare l'Autorità presso la quale è stata presentata denuncia e relativo indirizzo:

Autorità \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**Il denunciante - Assicurato o erede dell'Assicurato**Data:  Firma: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome (leggibili): \_\_\_\_\_

Indirizzo e telefono: \_\_\_\_\_

Avendo preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata al presente modulo, con la presente sottoscrizione, acconsento al trattamento da parte di Alico Italia S.p.A. dei miei dati personali e sensibili per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa.

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurato/Denunciante \_\_\_\_\_

**Allegare al presente modulo:**

- cartella clinica relativa al ricovero ospedaliero in copia conforme all'originale.

Polizza/Proposta n. \_\_\_\_\_  
Sinistro n. \_\_\_\_\_

**Informativa per il trattamento dei dati personali**

(art. 13 D.lgs 196/2003)

Gentile Cliente,

ad integrazione delle informazioni che Le sono già state rese all'atto della stipula della polizza assicurativa, e riportate nell'informativa sulla privacy consultabile sul sito [www.alicoitalia.com](http://www.alicoitalia.com), La informiamo che i dati personali, anche sensibili<sup>[1]</sup>, da Lei forniti con la compilazione del modulo di denuncia del sinistro e con l'eventuale invio di documentazione sanitaria saranno utilizzati dalla Nostra società, Alico Italia S.p.A. (titolare del trattamento), al fine di accertare la sussistenza delle condizioni per la liquidazione del sinistro e per procedere all'eventuale indennizzo. Il conferimento di tali dati risulta pertanto necessario al perseguimento delle suddette finalità, e senza di essi non saremmo in grado di valutare la Sua richiesta di indennizzo.

Tali dati saranno utilizzati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, solo dal personale preposto alla gestione e liquidazione dei sinistri nell'ambito delle strutture della Nostra Società ed ivi conservati per il tempo strettamente necessario alle finalità sopra descritte.

Alcuni Suoi dati personali potranno essere comunicati a: società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea e negli U.S.A[2] qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla gestione delle liquidazioni dei sinistri, nonché a società di fiducia che svolgono per Nostro conto attività di gestione e liquidazione dei sinistri, e che li utilizzeranno in qualità di responsabili del trattamento[3], nonché ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto[4]. L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti è disponibile sul sito internet: [www.alicoitalia.com](http://www.alicoitalia.com).

Alico Italia S.p.A.

Avendo preso visione dell'informativa sulla privacy allegata al presente modulo di denuncia, con la presente sottoscrizione, acconsento al trattamento da parte di Alico Italia S.p.A. dei miei dati personali e sensibili per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato/Denunciante \_\_\_\_\_

[1] Per dato sensibile s'intende qualunque informazione personale idonea a rivelare lo stato di salute, nonché la vita sessuale, l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale (art. 4, comma 1, lett. d) del d.lgs. 196/2003).

[2] Precisamente alla società di riassicurazione ed alla capogruppo Alico cui la Nostra società è tenuta a trasmettere un rapporto relativo ai sinistri di particolare entità.

[3] In particolare i dati personali potranno essere comunicati a: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia, società di servizio cui siano affidate la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione.

[4] ANIA, ISVAP, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni.

